

Bestellformular Einleger

Ich bestelle:

Einleger „Selbst aktiv werden“

_____ Stück Englisch

_____ Stück Französisch

_____ Stück Türkisch

_____ Stück Russisch

_____ Stück Arabisch

Einleger „Unterstützungsangebote“

_____ Stück Englisch

_____ Stück Französisch

_____ Stück Türkisch

_____ Stück Russisch

_____ Stück Arabisch

Lieferadresse: Institution: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ihre Kontaktdaten für Rückfragen:

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Für Mitglieder des HPVN ist der Versand unentgeltlich, für Nicht-Mitglieder wird eine Gebühr erhoben.

Hospiz- und Palliativverband
Niedersachsen e.V.
Fritzenwiese 117
29221 Celle
info@hospiz-nds.de
Fax: 05141/ 21 98 559